# Załącznik nr 4 do Umowy Nr ……………………………………………

# KARTA CZASU ODBYWANIA DODATKOWEJ PRAKTYKI

Imię i nazwisko uczestnika praktyki: ………………….………………………..……………..

Nazwa Przedsiębiorstwa: ………………………………………………………….

Numer porozumienia w sprawie realizacji dodatkowej praktyki: ……………………………………………….…………

Wymiar czasu praktyki (liczba godzin): …………………………………………….……………

Imię i nazwisko opiekuna praktyki: ……………………………………………….…………

| **Dzień** | **Data** | **Miejsce odbywania praktyki** | **Liczba zrealizowanych godzin praktyki w danym dniu** | **Potwierdzenie obecności na praktyce**  Podpis uczestnika praktyki | **Potwierdzenie obecności na praktyce**  Podpis Opiekuna uczestnika praktyki |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |

……………………………… ………………………………….……….. ………………………………….……..

Data, podpis uczestnika praktyki Data, podpis opiekuna praktyki Data, podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Przedsiębiorstwa

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PRAKTYKI O OTRZYMANIU ODZIEŻY, OBUWIA ROBOCZEGO I ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ ORAZ ŚRODKÓW HIGIENY OSOBISTEJ

Niniejszym potwierdzam: odbiór i korzystanie z otrzymanej odzieży, obuwia roboczego i środków ochrony indywidualnej, środków ochrony i środków higieny osobistej oraz udział w przeprowadzonym szkoleniu BHP.

……………………………………….. ………………………………………………………………..

Data, podpis uczestnika praktyki Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Przedsiębiorstwa